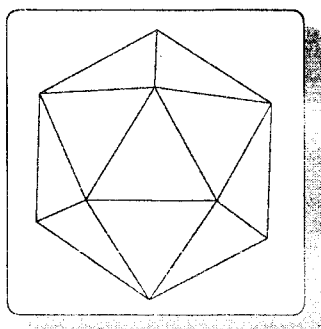




УДК 616.89 - 008.441.13 - 08

Г.Ф. Колотилин, В.В. Черных, А.В. Голубев

ОПОСРЕДОВАННАЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КРОТКОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск*

В последние годы в России наблюдается неуклонный рост заболеваемости алкоголизмом. К концу 90-х гг. число больных с алкогольной зависимостью достигло 5 млн человек, что составило 3,4% всего населения России. Потребление алкоголя за последнее десятилетие также значительно возросло и стабильно удерживается на отметке 14,5 л абсолютного алкоголя на душу населения, что практически в 2 раза выше того уровня, который ВОЗ признал особо опасным для здоровья людей [4, 5, 10]. Среди больных алкогольной зависимостью более половины — лица с развернутой картиной заболевания и выраженными признаками социально-трудовой дезадаптации. В этих случаях представляется правомерным говорить о тяжелых формах заболевания, которые относятся к II и III стадиям психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя по классификациям Н.Н. Иванца и Л.М. Савченко (1996), Г.М. Энтина и соавт. (2002).

Основными клиническими признаками тяжелых форм алкогольной зависимости является формирование стойкого абстинентного синдрома, развитие психозов, запойное пьянство [6, 10]. Лечение этих больных в большинстве случаев оказывается малоэффективным, а ремиссия свыше одного года при проведении симптоматического лечения наблюдается только у 8,5% [7]. В связи с этим поиск новых терапевтических подходов к лечению тяжелых форм ал-

когольной зависимости является одним из главных направлений работы с данной группой пациентов. На этом пути значительный резерв обнаруживается при проведении комплексной терапии, которая подразумевает сочетание медикаментозного и психотерапевтического воздействия на пациента. Разработанная N. Rathod, T. Tompson в 1968 г. для лечения героиновых наркоманов (Ю.В. Валентик) [2], эта методика заключалась во введении специального препарата, который вызывал непродолжительный паралич дыхательных путей сразу же после проведения пациентам ритуала приготовления героина. В последующем данная методика была названа опосредованной эмоционально-стрессовой психотерапией и получила достаточно широкое распространение и при лечении алкогольной зависимости, а ее эффективность при лечении психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя (ремиссия свыше одного года) составляет 75-78% [8, 11].

В то же время известно, что результативность любого метода объясняется его новизной, но по мере распространения она неизбежно снижается [8]. Это заставляет постоянно искать модификации метода, оставляя неприкосновенной его стержневую основу. По нашему мнению, большой практический интерес в лечении алкогольной зависимости представляет методика опосредованной стресс-психотерапии с применением миорелаксан-

тов короткого типа действия и проведение “пробы” на эффективность “кодирования”, предложенной для лечения больных героиновой наркоманией [1, 9].

Материалы и методы

Сущность метода эмоционально-стрессовой психотерапии (ЭСПТ), разработанного А.Р. Довженко, состоит в создании стойкой психологической установки на длительное воздержание от алкоголя путем применения комплекса психотерапевтических приемов и подходов. Данный метод предусматривает определенную этапность. В отличие от метода А.Р. Довженко, в нашей модификации используется 5 этапов:

- 1) консультационный отбор;
- 2) эмоциональная подготовка пациента к сеансу ЭСПТ;
- 3) опосредованная психотерапия с помощью миорелаксанта короткого типа действия;
- 4) индивидуальное психотерапевтическое воздействие;
- 5) катamnестический контроль.

На первом этапе консультационного отбора пациент проходит первичный осмотр врача психиатра-нарколога, при этом собирается анамнез, заполняется первичная медицинская документация, проводится психологическое тестирование. При наличии абстинентного синдрома больной получает курс дезинтоксикационной терапии. Назначаются препараты (цианамид, дисульфирам, метронидазол *per os*), способствующие снижению влечения к алкоголю и соблюдению режима трезвости в период до начала сеанса ЭСПТ — курс лечения составляет в среднем 10 дней.

Второй этап эмоциональной подготовки проводится непосредственно в день сеанса ЭСПТ. Он включает в себя консультационный отбор пациентов непосредственно на сеанс ЭСПТ с использованием миорелаксантов короткого типа действия. Критерием отбора пациентов для процедуры ЭСПТ является наличие противопоказаний к лечению алкогольной зависимости данным методом. К ним относятся: острый инфаркт миокарда, недостаточность кровообращения III-IV ст., пароксизмальные нарушения сердечного ритма, острые и проходящие нарушения мозгового кровообращения, органическое поражение головного мозга, глаукома, катаракта, соматические заболевания в острой фазе, эндогенные психические расстройства, все виды неврозов, формальная или недостаточная мотивация на лечение, возраст старше 60 лет.

Допускается наличие соматической патологии сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем в стадии компенсации. Критерием артериальной гипертензии считается артериальное давление, равное или превышающее 140/90 мм рт.ст. Из больных, направляемых на лечение, исключаются пациенты с артериальной гипертензией. Проводится дифференциальный диагноз с дисциркуляторной энцефалопатией, неврастенией, соматоформными расстройствами,

расстройствами адаптации, хроническими головными болями напряжения, мигренью. Затем проводится разъяснительная беседа в форме дискуссии. Врач убедительно и лаконично объясняет механизм терапевтического вмешательства методом ЭСПТ с использованием миорелаксантов короткого типа действия, возможные ощущения и переживания в процессе лечения. Внимание пациента акцентируется на том, что процедура направлена на подавление болезненного влечения к алкоголю и невозможность приема алкогольных напитков на период действия метода, так как возможно развитие осложнений в виде паралича мускулатуры, остановки дыхания (действие миорелаксантов короткого действия). Подробно, в доступной для пациента форме разъясняются последствия употребления алкогольных напитков на период действия процедуры (1-3 года). С больным заключается договор об оказании помощи с использованием метода ЭСПТ, где он дает добровольное согласие на проведение процедуры. Назначается подготовка к процедуре (4-часовое воздержание от пищи и воды).

Третий этап включает в себя проведение опосредованной психотерапии с использованием миорелаксанта короткого типа действия. В процедурном кабинете, в положении лежа, пациенту эндовазально вводится миорелаксант короткого типа действия, а затем в период паралича скелетной мускулатуры больному проводится императивное внушение о том, что именно такими будут последствия употребления алкоголя в период действия метода. В целях повышения эффективности лечения процедура дополнена так называемой “пробой”. Впервые она была применена для формирования отрицательного условного рефлекса на прием алкоголя [1, 9]. В нашей модификация “проба” состоит в том, что в начале процедуры пациенту закапывается под язык 2-5 капель медицинского этилового спирта, и состояние паралича скелетной мускулатуры объясняется результатом воздействия спирта на организм пациента.

Четвертый этап состоит из повторного, подробного разъяснения воздействия ЭСПТ на подавление болезненного влечения к алкоголю и невозможность приема алкогольных напитков на весь период действия метода. Приводятся примеры трезвого образа жизни бывших пациентов. Состояние пережитого стресса (невозможность самостоятельного дыхания) увеличивает внушаемость пациентов в этот период времени. Особенно подчеркивается невозможность самостоятельно справиться с последствиями употребления алкоголя на период действия метода, опасность для жизни в случае нарушения режима трезвости.

Пятый этап — катamnестического контроля — является, по сути, консультативным учетом в клинике, где проводится процедура. Пациенту сообщается, что он имеет право на консультации специалистов-психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов в течение всего периода действия препарата. Сообщается круглосуточный дежурный телефон клиники, таким обра-

зом, все пациенты, пролеченные методом ЭСПТ с использованием миорелаксантов короткого типа действия, имеют реальную возможность получить необходимую консультацию врача-специалиста.

Результаты исследования

С 2001 по 2004 г. лечение методом ЭСПТ получили 203 пациента, страдающие психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя (МКБ 10 F 10) в возрасте от 19 до 58 лет. По истечении первого года ремиссия наблюдалась у 191 (94,1%) больного. Через два года в состоянии ремиссии находились 138 (68%) больных. Через год после процедуры из-за появления влечения к алкоголю и окончания срока психотерапевтического действия метода за наркологической помощью повторно обратились 24 (11,8%) больных. Жалобы на тревогу, нарушение сна, раздражительность, вегетативные расстройства в виде повышенной потливости, колебаний артериального давления и пульса, связанные с боязнью случайного употребления алкоголя, отмечались у 2 (1%) пациентов. Летальных исходов во время процедуры и за время 4-летнего наблюдения за пролеченными больными зарегистрировано не было.

Необходимо отметить, что результативность психотерапии не исчерпывается только личностными качествами психотерапевта, структурой проведения сеансов, но во многом определяется степенью готовности самих пациентов к восприятию проводимого внушения, их исходной и конечной позицией. Поэтому здесь очень важна как предварительная, так и последующая (до окончания сеанса) работа с пациентами, а также постоянное совершенствование метода. Наш опыт свидетельствует о том, что метод эмоционально-стрессовой психотерапии в нашей модификации с использованием миорелаксантов короткого типа действия на сегодняшний день является наиболее эффективным и сравнительно дешевым способом лечения алкогольной зависимости в амбулаторных условиях.

Выводы

1. Применяемая нами методика ЭСПТ является, на наш взгляд, наиболее эффективной по стойкости ремиссии. По истечении первого года ремиссия наблюдалась у 191 (94,1%) больного. Че-

рез два года в состоянии ремиссии находились 138 (68%) больных. Через год после процедуры из-за появления влечения к алкоголю и окончания срока психотерапевтического действия метода за наркологической помощью повторно обратились 24 (11,8%) больных.

2. При рационально спланированном рабочем времени врача-нарколога и психотерапевта применяемую методику можно отнести к краткосрочным методам, так как все этапы работы укладываются в 6-8 часов на пациента в зависимости от сложности индивидуальной курации.

3. Методика применима для пациентов любых возрастных групп с минимальным количеством противопоказаний (инфаркт миокарда, ОНМК, глаукома, катаракта).

4. Методика может быть использована врачами-наркологами в амбулаторных условиях, причем стоимость ее является доступной для населения.

Л и т е р а т у р а

1. Битенский В.С. // Обзор психиатрии. 1991. № 1. С. 98-100.
2. Валентик Ю.В. Лекции по наркологии. / Под ред. Н.Н. Иванца. М.: Медпрактика, 2001. 252 с.
3. Довженко А.Р. Организация стресс-психотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях: Метод. рек. М., 1984. 12 с.
4. Заиграев Г.Г. // Наркология. 2002. №7. С. 2-7.
5. Иванец Н.Н., Савченко Л.М. Типология алкоголизма. М., 1996. 46 с.
6. Иванец Н.Н. // Наркология. 2002. №6. С. 2-7.
7. Энтин Г.М., Крылов Е.Н. Клиника и терапия алкогольных заболеваний. М., 1994. Т.2. 171 с.
8. Энтин Г.М. Опосредованная психотерапия больных алкоголизмом. М., 1997. 100 с.
9. Энтин Г.М. Мат-лы XIII съезда психиатров России. Москва, 2000. 10-13 октября. М., 2000. С. 280.
10. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П. и др. Алкогольная и наркотическая зависимость. М.: Медпрактика, 2002. 327 с.
11. Эпштейн И.Ц., Эпштейн О.И. // Вестник гипнологии и психотерапии. 1991. №1. С. 18-22.

